



WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 12 YEARS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

កុមារវ័យចុងក្រោយ៖ អាយុ: 12 ឆ្នាំ

សំណួរស្តីអំពីកុមារ ដើម្បីបំពេញអំពីកុមារ	ឈ្មោះរបស់កុមារ	នាមកដោយ	ថ្ងៃខែកំណើត																		
	ប្រតិកម្មនានា	ថ្នាំលេបបច្ចុប្បន្ន																			
	អាគារ/គ្រោះថ្នាក់/បញ្ហា/ការបាញ់កាំបិតពេលដួបពិនិត្យសុខភាពចុងក្រោយ		ថ្ងៃនេះខ្ញុំមានសំណួរមួយអំពី:																		
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>កូនរបស់ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>កូនរបស់ខ្ញុំហាក់ដូចជាសំរាកនៅស្ងៀមនៅពេលដែលវាភ្ញាក់ដឹងខ្លួន ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>កូនរបស់ខ្ញុំរៀនត្រឹមត្រូវនៅសាលា ។</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>កូនរបស់ខ្ញុំចេះដោះស្រាយភាពតានតឹង កំហឹង ការខកចិត្តដោយត្រឹមត្រូវ ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>កូនរបស់ខ្ញុំមានមិត្តភក្តិស្និទ្ធស្នាលក្នុងសាលា ។</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>កូនរបស់ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំហាក់ដូចជាសំរាកនៅស្ងៀមនៅពេលដែលវាភ្ញាក់ដឹងខ្លួន ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំរៀនត្រឹមត្រូវនៅសាលា ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំចេះដោះស្រាយភាពតានតឹង កំហឹង ការខកចិត្តដោយត្រឹមត្រូវ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំមានមិត្តភក្តិស្និទ្ធស្នាលក្នុងសាលា ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំហាក់ដូចជាសំរាកនៅស្ងៀមនៅពេលដែលវាភ្ញាក់ដឹងខ្លួន ។																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំរៀនត្រឹមត្រូវនៅសាលា ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំចេះដោះស្រាយភាពតានតឹង កំហឹង ការខកចិត្តដោយត្រឹមត្រូវ ។																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំមានមិត្តភក្តិស្និទ្ធស្នាលក្នុងសាលា ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។																

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
---------------------------	--------------------------	----------------

<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history
Screening:	
Hearing	MHZ R L
	4000 _____
	2000 _____
	1000 _____
	500 _____
Vision	R 20/ _____ L 20/ _____
Development	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A _____
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Social/Emotional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Physical:	N A N A
General appearance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitalia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurologic <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gait <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Describe abnormal findings and comments:	

Diet _____

Sleep _____

Review Immunization Record

TB Dental Referral Hct/Hgb _____

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Nutrition After School Supervision

Regular Physical Activity Seat Belt Helmets

Reading/Homework Smoking/Passive Smoke

Discipline Dental Care Puberty/Menses Onset

Acne Sex Drugs/Alcohol

Other: _____

Assessment/Plan: _____

NEXT VISIT: 14 YEARS OF AGE	HEALTH PROVIDER NAME
------------------------------------	----------------------

HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER ADDRESS
---------------------------	-------------------------

LATE CHILDHOOD: 12 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (12 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Total Cholesterol/Lipoprotein Screens

- Screen children with a parent or grandparent with premature (before age 55) cardiovascular disease.
- Recommend lipoprotein screen for children with a total cholesterol equal to or greater than 170 on two tests with a parent whose cholesterol is greater than or equal to 249 mg/dl.

Developmental Milestones

Always ask if they have concerns about development or behavior.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.

សុខភាពរបស់កូនអ្នកនៅអាយុ 12 ឆ្នាំ

ដំណាក់កាលសំខាន់

របៀបដែលកូនរបស់អ្នកកំពុងធំលូតលាស់រវាង អាយុ 12 ឆ្នាំនិង 14 ឆ្នាំ ។

កុមារភាគច្រើនដុះធ្មេញផ្តាម (ធ្មេញក្រោយ) ទីពីររវាងអាយុ 12 ឆ្នាំនិង 13 ឆ្នាំ ។ ចូរនិយាយជាមួយពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកអំពីការដាក់ជាតិ ប្លាស្ទិកស្រោបធ្មេញដើម្បីការពារ (sealants) ។ វាក្រូមប្រើខ្សែរុក ធ្មេញឲ្យបានរាល់ថ្ងៃ ។

រវាងអាយុ 12 ឆ្នាំ និង 14 ឆ្នាំ ក្មេងស្រីភាគច្រើននឹងមានកូនដោះ ដុះរោមត្រឡាច និងមានរដូវ ។

រវាងអាយុ 12 ឆ្នាំ និង 14 ឆ្នាំ ក្មេងប្រុសភាគច្រើននឹងមាន រោមត្រឡាច ។ ស្បែករបស់ល្អិត និងពងល្អិត អាចប្រែប្រួល ។

ក្មេងប្រុសជាច្រើននឹងមានការស្ទុះធំនៅពេលមួយរវាងអាយុ 12 និង 15 ឆ្នាំ ។ សម្លេងរបស់ពួកគេអាចប្រែ ហើយពួកគេអាចចាប់ផ្តើមដុះពុក ចង្កា ។

ក្មេងៗមិនមានការប្រែប្រួលផ្នែករាងកាយទាំងនេះនៅអាយុដូចគ្នាទេ ។ រឿងនេះ អាចនាំឲ្យក្មេងព្រួយបារម្ភ ។ ការធំលូតលាស់ កើតឡើងនៅពេលខុសគ្នាសំរាប់ជនគ្រប់គ្នា ។ បើពួកគេមិនចាប់ ផ្តើមប្រែប្រួលការធំលូតលាស់នៅអាយុ 14 ឆ្នាំទេ ចូរនិយាយជា មួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ។

ដើម្បីរកជំនួយនិងព័ត៌មានថែមទៀត

ដើម្បីរកព័ត៌មានខាងការចាក់ថ្នាំការពាររោគ៖ ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីមួយ មានសុខភាពល្អ និងទារកមានសុខភាពល្អ និងលេខទូរស័ព្ទផ្នែកបញ្ជូន 1-800-322-2588 ។

ព័ត៌មានផ្នែកកាមរាគរបស់ក្មេងជំងឺ៖ www.teenwire.com ។

ក្រុមព្រះវិហារ សាលារៀនឬវិទ្យាល័យសហគមន៍ អាចផ្តល់ការប្រជុំរៀន សូត្រស្តីអំពីការដោះស្រាយទំនាស់ ឬការរួមភេទកំហឹង ។ ការប្រជុំរៀន សូត្រទាំងនេះអាចជាជំនាញការមានប្រយោជន៍សំរាប់ក្មេងទើបនឹង ពេញជំងឺ ។

ចំណុចសំខាន់ផ្នែកសុខភាព

កូនរបស់អ្នកនឹងត្រូវការការចាក់ថ្នាំការពាររោគបន្ថែមនៅអាយុនេះ ។ ចូរនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីបញ្ជាក់ថាកូនរបស់អ្នកត្រូវ បានចាក់ថ្នាំការពាររោគពេញសព្វគ្រប់ ។

នៅអាយុនេះកំពស់និងទម្ងន់របស់ក្មេងអាចប្រែប្រួលយ៉ាងរហ័ស ។ ពួក គេត្រូវការការហាត់ប្រាណបន្ថែមពីលើថ្នាក់ហាត់ប្រាណរបស់សាលារៀន ។ ការញ៉ាំអាហារល្អ និងអាហារកំដរថ្ងៃដែលមានសុខភាពគឺជា ការសំខាន់ ។

ចំណុចសំខាន់សំរាប់មាតាបិតា

ខ្លួនប្រាណរបស់ក្មេងម្នាក់អាចមានការប្រែប្រួលជាច្រើនដែលជាភាគនៃ ការក្លាយទៅជាក្មេងជំងឺ ។ រឿងនេះអាចជារឿងសប្បាយរីករាយ ហើយក៏អាចជារឿងត្រូវខ្លាចដែរ ។ កូនរបស់អ្នកអាចមានចិត្តច្រើន ហើយជួនកាលគំរោះគំរើយ ឬខឹង ។

ចូរនិយាយជាមួយកូនរបស់អ្នកអំពីការប្រែប្រួលផ្នែករាងកាយរបស់គេ នៅពេលដែលការប្រែប្រួលកើតមានឡើង ។ ចូរប្រាប់គេថាការប្រែប្រួល ទាំងនេះជាសញ្ញាល្អនៃការធំលូតលាស់ ។

ចូរនិយាយជាមួយកូនរបស់អ្នកអំពីការរមួល ។ គេត្រូវការដឹងថាការ ប្រែប្រួលទាំងនេះគឺជារឿងធម្មតា ។ ការនិយាយអំពីកាមា នៅពេល ដែលកូនរបស់នៅតូចនៅឡើយអាចធ្វើឲ្យងាយស្រួលក្នុងការនិយាយអំពី រឿងនេះជាងនៅពេលដែលកូនរបស់អ្នកមានវ័យធំ ។

កូនរបស់អ្នកនឹងធំលូតលាស់ខាងសតិបញ្ញា ។ អ្នកអាចជួយគេខាង ជំនាញការខាងគិតដោយសួរគេពីរបៀបដោះស្រាយបញ្ហា ។

នៅពេលដែលក្មេងម្នាក់តែងមានអារម្មណ៍កើតទុក្ខ ស្ទុះស្មៅ ឬព្រួយ រឿងនានាមិនស្រួលសំរាប់គេហើយ ចូរនិយាយជាមួយគេអំពីអារម្មណ៍ នោះ ។ ជួយគេរកអ្នកឲ្យជំនួយ បើសិនជាចាំបាច់ ។

នេះជាពេលល្អសំរាប់កូនរបស់អ្នកដើម្បីរៀនអំពីជំនួយសង្គ្រោះជាមុននិង ការជួយឲ្យបេះដូងដើរ (CPR) ។

ចំណុចសុវត្ថិភាព

បារី ថ្នាំញៀននិងសុវាតែងតែត្រូវគេផ្តល់ឲ្យទៅកុមារវ័យជំងឺ ។ ចូរ អនុវត្ត "និយាយទេ" ជាមួយកូនរបស់អ្នក ។ ចូរជួយវាឲ្យប្រុង ប្រៀបខ្លួន ។

បង្រៀនកូនរបស់អ្នកអំពីសុវត្ថិភាពនៃកាំភ្លើង ។ ពួកគេមិនគួរលេងនៅ ក្បែរកាំភ្លើងឡើយ ។ ជួយពួកគេឲ្យអនុវត្តរបៀបដើរចេញឲ្យឆ្ងាយ បើមិត្ត របស់គេមានកាំភ្លើង ។ បើអ្នកទុកកាំភ្លើងនៅក្នុងផ្ទះ ត្រូវឲ្យដាក់ថា កាំភ្លើងទាំងនោះមិនមានបញ្ចូលគ្រាប់ ហើយចាក់សោរជាប់ ។